

Psychiatryczne oraz prawne aspekty stosowania przymusu bezpośredniego wobec uczniów na terenie szkoły specjalnej

Psychiatric and legal aspects of the use of direct coercion in special education

Zakład Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Polska. Kierownik: dr hab. n. praw. Rafał Kubiak

Adres do korespondencji: Błażej Kmieciak, Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: blazej.kmieciak@umed.lodz.pl

Streszczenie

Zastosowanie przymusu bezpośredniego to sytuacja szczególna, wymagająca użycia siły wobec drugiego człowieka. Możliwość podjęcia podobnych działań musi być regulowana przez określone akty prawne. W kontekście rzeczywistości psychiatrycznej należy wskazać przede wszystkim na zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zwrócono w niej uwagę, że lekarz i pielęgniarka mogą podjąć wobec agresywnego lub autoagresywnego pacjenta takie działania, jak unieruchomienie, przytrzymanie, izolacja i przymusowe podanie leków. Jednak niebezpieczne zachowania mogą prezentować również uczniowie szkół specjalnych, których część była niegdyś pacjentami szpitali psychiatrycznych. Nie zmienia to faktu, że na terenie szkół pedagodzy nie mają formalnego prawa do zastosowania przymusu bezpośredniego wobec ucznia. Co zatem mogą zrobić, kiedy podopieczny stosuje siłę? W jaki sposób nauczyciel powinien postąpić w przypadku agresji ucznia, by chronić bezpieczeństwo własne oraz innych osób? Czy w pewnych sytuacjach wolno mu przytrzymać podopiecznego albo go unieruchomić? Czy w wybranych przypadkach pedagog ma obowiązek użycia siły wobec niepełnosprawnego ucznia? W artykule podjęta zostanie próba udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania.

Słowa kluczowe: prawa człowieka, szkoła specjalna, przymus bezpośredni, godność człowieka, ochrona zdrowia psychicznego

Abstract

Use of direct coercion is a very peculiar situation, as it requires the use of force against another human being. Licence to take such action must be governed by the law, in the case of psychiatric care stipulated in the provisions of Mental Health Protection Act. Under this act, doctors and nurses are authorised to use such means as restraint, seclusion, and/or administration of relevant drugs under force to a patient displaying aggressive or auto-aggressive behaviour. Similar behaviours, however, can also be presented by special education students, some of who were once patients of psychiatric hospitals. Educators in schools are not allowed or authorised to use physical force against a student. What should a teacher do in a situation of aggression on the part of a student to protect their own and other people's safety? Is it permissible in certain situations to restrain a student? Perhaps in some clearly defined cases teachers have an obligation to use force against a student with a disability? This article is an attempt to answer these questions.

Key words: human rights, special education, direct coercion, human dignity, mental health care

WSTĘP

Czy można siłą przytrzymać drugiego człowieka i ograniczyć jego ruchy? Kiedy i wobec kogo mamy prawo podjąć podobne działania? Czy można ograniczyć czyjąś wolność poprzez skrupowanie ciała? Komu wolno to zrobić? Podobne pytania od lat towarzyszą prawnop-psychiatrycznej refleksji. Odnoszą się bowiem do codziennej rzeczywistości klinicznej: personel medyczny niekiedy zmuszony jest zastosować przymus bezpośredni wobec pacjenta, którego zachowanie może zagrażać jego życiu lub życiu i zdrowiu innych osób. Zarówno psychiatryczna, jak i prawna literatura przedmiotu poświęca sporo miejsca zagadnieniu godności pacjenta, wobec którego używana jest siła fizyczna (Dąbrowski, 1995; Kupś *et al.*, 2007; Langiewicz i Pasiorowska, 2008). Codzienne wyzwania, przed którymi stoi personel szpitali psychiatrycznych, sprawiły, że w 1994 roku uchwalono w Polsce ustawę o ochronie zdrowia psychicznego (dalej: ustawa o o.z.p.), wskazującą na zasady stosowania przymusu fizycznego wobec osób doświadczających zaburzeń psychicznych (Ustawa, 1994). Wspomniany akt prawny odnosi się do kilku rzeczywistości. Wyrażone w nim unormowania ukazują m.in. sytuację osoby chorej bądź zaburzonej przed przyjęciem do szpitala psychiatrycznego: badanie lekarskie pacjenta, u którego podejrzewa się chorobę psychiczną, lub transport do szpitala (art. 18 i 21). Ponadto ustawa obszernie reguluje sytuacje, do których może dojść już na terenie szpitala. Zdefiniowane zostały takie zagadnienia, jak przyjęcie chorego bez jego zgody i zastosowanie przymusu bezpośredniego (art. 23, 24, 29). W ustawie o o.z.p. zwrócono jednak słusznie uwagę, że wielu pacjentów nie ma możliwości natychmiastowego „powrotu do społeczeństwa”. Choroba, zaburzenie lub upośledzenie umysłowe sprawiają, iż konieczny jest czasowy (niejednokrotnie długotrwały) pobyt danej osoby w placówce o charakterze opiekuńczym – domu pomocy społecznej (art. 38–41 ustawy) (Kmieciak, 2015).

Warto podkreślić, że w pierwszym rozdziale omawianego dokumentu polski ustawodawca niejako zwrócił uwagę na psychiatryczną rzeczywistość szkół przeznaczonych dla dzieci upośledzonych umysłowo i doświadczających zaburzeń psychicznych. Art. 4.1 ustawy o o.z.p. stanowi: „Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, (...) znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego” (Ustawa, 1994). W ust. 5 zwrócono uwagę, że powyższe działania polegają przede wszystkim na wprowadzeniu „zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku” (Ustawa, 1994). Kontekst edukacyjny ustawy o o.z.p. wskazany został również w art. 7 ust. 1, zgodnie z którym „dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia organizuje się

nauczę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i zakładach opieki zdrowotnej, a także w domu rodzinnym”. Ust. 2 wspomnianego przepisu wskazuje z kolei, iż w ramach działań edukacyjnych przewiduje się zajęcia o charakterze rehabilitacyjnym (Ustawa, 1994).

Zaprezentowane konteksty skłaniają do zwrócenia uwagi na fakt, że na terenie szkół, w szczególności szkół specjalnych, mogą zaistnieć sytuacje charakterystyczne dla rzeczywistości oddziałów psychiatrycznych przeznaczonych dla dzieci i młodzieży. Z jednej strony uczniowie stale – w ramach godzin spędzanych w szkole – mogą liczyć na wsparcie specjalistów prowadzących szeroko rozumianą rehabilitację fizyczną i psychospołeczną; mowa o działaniach oferowanych przez fizjoterapeutów, psychologów i logopedów (w tym neurologopedów). Z drugiej jednak strony istnienie tych możliwości wsparcia jest immanentnie związane z określonym stanem zdrowia uczniów. Do szkół specjalnych uczęszczają przede wszystkim osoby, u których w wyniku badań psychologiczno-pedagogicznych stwierdzono upośledzenie umysłowe (Grochowski, 1990). W ramach podobnego rozpoznania coraz częściej można dostrzec schorzenia sprzężone, takie jak autyzm, lub zaburzenia rozwojowe innego rodzaju. Niejednokrotnie do specjalnych placówek edukacyjnych uczęszczają też dzieci zaniebane wychowawczo, które przy stwierdzonym lekkim upośledzeniu umysłowym wykazują zachowania o charakterze dysocjalnym (Leśniewska *et al.*, 2013; Sękowska, 2001). W szkołach tych często można spotkać się z podejmowaniem przez uczniów zachowań agresywnych i/lub autoagresywnych. Są one bezpośrednio powiązane z objawami choroby, zaburzenia bądź upośledzenia umysłowego (Markiewicz, 2012). Gdy dziecko będące pacjentem szpitala psychiatrycznego podejmuje działania zagrażające jego życiu (lub życiu i zdrowiu innych osób), personel oddziału ma prawo do przytrzymania i unieruchomienia. Podobną legalną możliwość mają także pracownicy domu pomocy społecznej. Czy jednak takie uprawnienie przysługuje również pedagogowi specjalnemu i/lub psychologowi prowadzącemu w szkole terapię z dzieckiem, które w ciągu dnia wielokrotnie prezentuje zachowania (auto)agresywne?

Powyższe pytanie może budzić zdziwienie. Część ludzi słusznie będzie się zastanawiać, skąd pomysł, by krępować dzieci, zwłaszcza te niepełnosprawne. Pytanie nie zostało jednak sformułowane bezpodstawnie. Jego celem nie jest prowokowanie, lecz zwrócenie uwagi na istniejącą w Polsce lukę prawną, mającą istotne znaczenie zarówno dla określonej powyżej grupy dzieci, jak i dla rodziców, opiekunów czy pedagogów specjalnych. Luka ta polega przede wszystkim na braku podstaw prawnych pozwalających pedagogowi na zastosowanie określonej formy przymusu bezpośredniego wobec ucznia wykazującego destruktywne zachowania wynikające z choroby, zaburzenia lub upośledzenia. Istnienie luki ma również duże znaczenie dla

psychiatrów, a zwłaszcza specjalistów psychiatrii środowiskowej, niejednokrotnie współpracujących z pedagogami (Kmiecik i Osiński, 2014; Namysłowska, 2010). Zasadne jest zatem wskazanie kilku elementów w sposób bezpośredni wyjaśniających, czy personel szkoły specjalnej ma prawo do zastosowania przymusu bezpośredniego wobec agresywnego bądź autoagresywnego ucznia. Problem zostanie zaprezentowany na podstawie opisu przypadku agresywnego ucznia (Janusz *et al.*, 2010) oraz badania treści obowiązujących w Polsce aktów prawnych bezpośrednio lub pośrednio odnoszących się do poszanowania praw dziecka i ochrony zdrowia psychicznego (Pieniążek i Stefaniuk, 2003).

W tym miejscu konieczne jest dokonanie istotnego uściślenia terminologicznego. W polskim porządku prawnym można obecnie odnaleźć dwa określenia definiujące stan, w którym w wyniku badań stwierdzono niższy poziom intelektualny danej osoby. W literaturze pedagogicznej coraz częściej używa się terminu „niepełnosprawność intelektualna” (Rozporządzenie, 2015; Ustawa, 1991). Z kolei w piśmiennictwie i ustawodawstwie dotyczącym wsparcia psychiatrycznego nadal obowiązuje zwrot „upośledzenie umysłowe” (Ustawa, 1994). W toku dalszej refleksji autor, bazując przede wszystkim na zapisach ustawy o o.z.p., będzie się posługiwał drugim z przywołanych określeń.

PRZYKŁAD

W trakcie zajęć lekcyjnych jeden z uczniów (12 lat) niespodziewanie zaczął krzyczeć. Dwóch obecnych w klasie nauczycieli próbowało go uspokoić za pomocą komunikatów werbalnych. Chłopiec, u którego kilka lat wcześniej zdiagnozowano autyzm i upośledzenie umysłowe, nagle zaczął rzucać przedmiotami, w tym – krzesłami. W wyniku jego działań dwóch innych uczniów zostało uderzonych (m.in. w głowę).

Nauczyciele postanowili siłą przytrzymać ucznia. W tym samym czasie nauczycielka, która przybiegła na pomoc, wezwała karetkę pogotowia. Do czasu przyjazdu karetki nauczyciele unieruchamiali ucznia, leżącego na ziemi i pobudzonego psychoruchowo. Zespół ratowników przybył do szkoły po 15 minutach, a następnie przewiózł chłopca do pobliskiego szpitala psychiatrycznego. W trakcie transportu i tuż po przyjęciu do szpitala uczeń był unieruchomiony za pomocą pasów*.

TRUDNA KONIECZNOŚĆ

Warto się zastanowić, czy personel szkoły, karetki pogotowia i szpitala miał prawo siłą unieruchomić chłopca. Odpowiedzi najłatwiej udzielić z perspektywy standardów obowiązujących od wielu lat na terenie oddziałów psychiatrycznych.

Choć w mediach unieruchomienie fizyczne pacjentów szpitali psychiatrycznych nadal przedstawiane jest jako forma zapanowania nad drugim człowiekiem (Kęskrawiec i Kelpiński, 2006; Wawelski, 2015), należy zauważyć, że obecne regulacje prawne w znacznym stopniu gwarantują w podobnych sytuacjach poszanowanie praw i wolności chorego. Przepisy ustawy o o.z.p. wprowadziły szereg zasad, które obowiązują lekarzy i pielęgniarki w chwili, gdy są oni zmuszeni do użycia siły wobec chorego. Tylko przedstawiciele wymienionych zawodów mogą zlecić i nadzorować zastosowanie przymusu w postaci unieruchomienia, przytrzymania, izolacji lub siłowego podania leków (Ustawa, 1994). Coraz częściej wspomagają ich w tym przedstawiciele firm ochroniarskich. Mogą oni jednak podjąć podobne działania wyłącznie w obecności personelu medycznego (Kmiecik i Gmitrowicz, 2012). Do stosowania przymusu uprawnieni zostali również w ostatnich latach ratownicy medyczni. Na czas trwania transportu do szpitala wolno im przytrzymać bądź unieruchomić pacjenta, który swoim zachowaniem zagraża bezpieczeństwu własnemu lub innych osób (Kmiecik, 2011). Procedura zastosowania przymusu została szczegółowo opisana we wspomnianej ustawie. Art. 18 polskiej „ustawy psychiatrycznej” głosi: „Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

1. dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a. życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b. bezpieczeństwu powszechnemu, lub
2. w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
3. poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej” (Ustawa, 1994).

Co ważne, lekarz, pielęgniarka lub ratownik medyczny mają obowiązek uprzedzić daną osobę o zamiarze zastosowania wobec niej przymusu – bez względu na jej stan intelektualny czy emocjonalny. Ten obowiązek jest przykładem bezpośredniego zwrócenia się przepisów prawa w stronę godności osoby ludzkiej, niezależnie od jej kondycji psychofizycznej. Tym samym opinia, iż osoba z autyzmem „i tak nie rozumie” komunikatu, nie ma żadnego znaczenia. Warto podkreślić, że w trakcie unieruchomienia stan zdrowia pacjenta musi być co 15 minut monitorowany przez pielęgniarkę; obserwacje odnotowuje się w karcie zastosowania przymusu. Przymus może trwać do momentu, gdy ustaną przyczyny jego zastosowania. W trakcie jego trwania pacjent co sześć godzin musi być badany przez lekarza, który decyduje, czy zakończyć unieruchamianie, czy też kontynuować je ze względu na utrzymujące się pobudzenie psychoruchowe (Gałęcki *et al.*, 2013).

Kiedy ukazuje się tę problematykę z perspektywy psychopedagogicznej, należy zaznaczyć, że polskie przepisy, w tym przepisy prawa oświatowego, nie przyznają podobnych uprawnień personelowi szkół specjalnych.

* Prezentowany przykład został zaczerpnięty z praktyki zawodowej autora artykułu.

Jak jednak wspomniano, także na terenie szkół zdarzają się incydenty agresji podobne do tych spotykanych w szpitalach. Czy prawo w tym względzie powinno zostać zmodyfikowane?

WYJĄTKOWA SZKOŁA

Jak podkreśla Dorota Maciorek, odnosząc się do definicji Władysława Dykcyka, „pedagogika specjalna jest nauką szczegółową pedagogiki, a jej przedmiotem jest opieka, terapia oraz kształcenie i wychowanie osób z odchyleniami od normy, najczęściej jednostek mniej sprawnych lub niepełnosprawnych” (Maciorek, 2011). Cytowana definicja bezpośrednio wskazuje na charakter szkół specjalnych. W tych placówkach uczą się dzieci o szczególnych potrzebach edukacyjnych. Ze względu na diagnozę upośledzenia umysłowego, zaburzeń rozwojowych i współwystępującej niepełnosprawności fizycznej uczniowie wymagają wyjątkowego zainteresowania nauczycieli. Nie wolno zapominać, że w tej grupie dzieci można zaobserwować szczególne zachowania, np. mutyzm (stałe lub okazjonalne milczenie), krzyk, zachowania irracjonalne oraz agresję i autoagresję (Namyśłowska, 2010). Jak wskazano m.in. w przywołanym wyżej przykładzie, agresja nie ma w tym przypadku na celu intencjonalnego i świadomego wyrządzenia krzywdy drugiej osobie. Nagłe pobudzenie ucznia może być spowodowane np. brakiem umiejętności opanowania emocji, problemem w reagowaniu na bodźce wewnętrzne bądź zewnętrzne, występowaniem utrwalonych stereotypów ruchowych czy lękiem (Baron-Cohen, 1995; Witkowska-Ulatowska, 1999). Jak powinien się zachować nauczyciel będący świadkiem napadu agresji u ucznia? Innymi słowy: do podjęcia jakich działań pedagog specjalny ma prawo? Nie ulega wątpliwości, iż w chwili wystąpienia agresji u podopiecznego powinien – w możliwy w tym przypadku sposób – opanować niebezpieczne zachowanie. Co jednak wolno mu zrobić? Czy przytrzymując ucznia, nauczyciel nie łamie praw dziecka? Czy nie naraża się na odpowiedzialność karną? Jak wspomniano we wstępie, brakuje odrębnych regulacji, stąd należy odwołać się przede wszystkim do wskazówek zawartych w polskim Kodeksie karnym (dalej: k.k.). To ich naruszenie może bowiem skutkować odpowiedzialnością karną – w omawianym przypadku odpowiedzialnością pedagoga opiekującego się dzieckiem upośledzonym umysłowo. Wspomniane przepisy ukazują kilka istotnych zjawisk. Przede wszystkim nauczyciel zobowiązany jest do zapewnienia uczniowi opieki, a jej brak może się wiązać z odpowiedzialnością karną, jakiej podlega osoba zobowiązana do zapewnienia ochrony osobie podopiecznej. Art. 4 ustawy o systemie oświaty stanowi: „Nauczyciel w swoich działaniach dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych ma obowiązek kierowania się dobrem uczniów, troską o ich zdrowie, postawę moralną i obywatelską z poszanowaniem godności osobistej ucznia” (Ustawa, 1991). W tym kontekście należy przywołać treść art. 160 par. 2 § 1 k.k., zgodnie z którym „kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na

zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. W par. 2 przepisu zawarto szczególnie ważną zasadę: „Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5” (Ustawa, 1997). A zatem w przedstawionym przykładzie nauczyciel miał nie tylko prawo, lecz także obowiązek podjęcia działań chroniących ucznia przed zrobieniem krzywdy sobie lub innym osobom. Brak reakcji – ze względu na charakter zdarzenia musiała ona mieć formę siłową – mógłby bowiem doprowadzić do stanu, w którym kilka osób doznałoby ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Trzeba zaznaczyć, iż pedagog działał w tzw. stanie wyższej konieczności. Art. 26 § 1 k.k. stanowi, że „nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakiemukolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego” (Ustawa, 1997). Nauczyciel musi więc samodzielnie zważyć dobra chronione prawem. W prezentowanym przykładzie z jednej strony można dostrzec dobro w postaci fizycznej wolności osobistej. Odnosi się do niego m.in. art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (Konwencja, 1950). Z drugiej jednak strony zachowanie ucznia zagrażało jego zdrowiu oraz życiu i zdrowiu innych osób. Tym samym nauczyciel zadziałał w celu ochrony szeroko rozumianego bezpieczeństwa publicznego. W art. 2 i 5 konwencja również odnosi się do przywołanych dóbr (Konwencja, 1950).

Ponadto nie ulega wątpliwości, że pedagog chronił przede wszystkim szeroko rozumiane dobro oraz interes niepełnosprawnego dziecka, co jest realizacją zobowiązania wyrażonego w art. 7 ust. 2 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (Konwencja, 2012). Nakaz ochrony życia i zdrowia ma w tym przypadku charakter fundamentalny. Jak bowiem wskazano w art. 38 polskiej Konstytucji, „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia” (Konstytucja, 1997). Ustawa zasadnicza wskazuje ponadto w art. 31 ust. 3, iż można podejmować działania ograniczające wolność, konstytucyjnie gwarantowaną każdemu człowiekowi. Wolno to zrobić wyłącznie w drodze ustawy oraz w sytuacji np. zagrożenia zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. Interwencja może też być skutkiem inicjatywy mającej na celu ochronę praw i wolności innych osób. Sytuacja, w której pedagog specjalny niejako waży prawa, ma z całą pewnością charakter paternalistyczny. To nauczyciel ocenia, które dobro jest większą wartością. Wydaje się jednak, że kluczowe jest podjęcie działania, które odeprze potencjalne życiowo-zdrowotne niebezpieczeństwo (Bujny, 2007). Pojawienie się zachowań agresywnych – w tym przypadku ze strony upośledzonego umysłowo ucznia – uniemożliwia dokonanie pogłębionej analizy. Konieczne jest zatem wskazanie, że zgodnie z art. 26 § 3 k.k. „w razie przekroczenia granic stanu wyższej konieczności sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia” (Ustawa, 1997). Niekiedy nauczyciel stosujący określoną formę przymusu

bezpośredniego chroni nie tylko prawa ucznia, lecz także własne. Każda osoba ma prawo bronić się przed agresją, która może spowodować jej cierpienie lub cierpienie osób jej bliskich. Innymi słowy, w opisanym przykładzie agresji uczniowskiej pedagog ma prawo do odparcia ataku. Jak stanowi art. 25. § 1 k.k., „nie popełnia przestępstwa, kto w obronie koniecznej odpiera bezpośredni, bezprawny zamach na jakiegokolwiek dobro chronione prawem”. W § 2 wspomnianego przepisu dodano, że „w razie przekroczenia granic obrony koniecznej, w szczególności gdy sprawca zastosował sposób obrony niewspółmierny do niebezpieczeństwa zamachu, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia” (Ustawa, 1997). To zastrzeżenie okazuje się szczególnie istotne. Pojawienie się agresji najczęściej skutkuje wystąpieniem silnego lęku po stronie potencjalnej ofiary, więc możliwość obiektywnej, chłodnej oceny sytuacji bywa istotnie ograniczona. Bardzo cenny okazuje się więc zapis art. 25 § 3, zgodnie z którym „nie podlega karze, kto przekracza granice obrony koniecznej pod wpływem strachu lub wzburzenia usprawiedliwionych okolicznościami zamachu” (Ustawa, 1997).

POSZUKIWANIE ROZWIĄZAŃ

Napad agresji u ucznia doświadczającego zaburzeń zachowania w przebiegu autyzmu to zdarzenie wymagające natychmiastowej reakcji. Nauczyciel nie ma wówczas możliwości podjęcia dyskusji, przeprowadzenia konsultacji czy dokonania precyzyjnej analizy. Musi działać, gdyż – jak podano w przykładzie – zdrowie i życie dziecka, jego kolegów i nauczycieli może być zagrożone. Przedstawione unormowania odnoszące się do potencjalnego działania siłowego wyraźnie wskazują, iż nauczyciel ma wszelkie prawo do siłowego odparcia ataku kierowanego w jego stronę lub w stronę osób pozostających pod jego opieką. Jednocześnie żaden z przywołanych przepisów nie wyjaśnia *expressis verbis*, jakie konkretnie działania siłowe wolno nauczycielowi podjąć.

W warunkach szkolnych niemożliwe jest stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci podania leku bez zgody danej osoby; w placówce nie ma specjalistów medycznych, którzy kompetentnie podjęliby decyzję o zaaplikowaniu leku uspokajającego. Wydaje się jednak, iż personel podobnej placówki mógłby mieć prawo do przytrzymania i unieruchomienia podopiecznego w sytuacji, w której – ze względu na doświadczane objawy choroby, zaburzenia lub upośledzenia umysłowego – uczeń powoduje zagrożenie dla bezpieczeństwa opiekuna i/lub innych osób.

Omawiane zdarzenia mają najczęściej dramatyczny charakter, towarzyszy im ograniczenie wolności drugiej osoby. Należy zatem podkreślić, że potencjalne wprowadzenie nowego uprawnienia dla nauczycieli szkół specjalnych powinno wiązać się z zagwarantowaniem im szkoleń pozwalających na stosowanie działań siłowych w sposób jak najmniej uciążliwy, o czym mówi wzorzec ustawowy określony w art. 12 ustawy o o.z.p. (Ustawa, 1994).

Trzeba podkreślić, że błędem jest arbitralne uznanie, iż stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób doświadczających szeroko rozumianych zaburzeń psychicznych to forma dyskryminacji, stygmatyzacji bądź naruszania prawa człowieka. Takie twierdzenie okazałoby się uprawnione, gdyby celem przymusu nie było dobro ucznia, lecz chęć panowania odczuwana przez osobę dorosłą. Kiedy jednak celem działań – w tym przypadku: działań pedagoga specjalnego – jest dobro mające na względzie poszanowanie godności ucznia, omawiane działania stanowią przykład realizacji idei praw człowieka (Bujny, 2007). Nauczyciel ma prawo podjąć je ze względu na obowiązek zapewnienia ochrony podopiecznemu. Jak każdemu człowiekowi, pedagogowi wolno również bronić własnej godności i bezpieczeństwa. W podobnej sytuacji ma on niejednokrotnie wręcz obowiązek poświęcić prawo do wolności w celu zapewnienia uczniom bezpieczeństwa.

W ramach podsumowania warto zauważyć, że pedagodzy w szkole specjalnej nie mają w tym względzie odrębnych uprawnień, jakie w przypadku podobnych zdarzeń przysługują lekarzom, pielęgniarkom, ratownikom medycznym i pracownikom domów pomocy społecznej. Konieczna wydaje się dyskusja, która nie tylko ukaże kluczowe dylematy związane z wykonywaniem zawodu pedagoga specjalnego (niejednokrotnie współpracującego z psychiatrą), lecz także zwróci uwagę, iż dobro ucznia niekiedy zmusza do zabezpieczenia go przed nim samym.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Baron-Cohen S: Autyzm wczesnodziecięcy. In: Lazarus A, Colman A (eds.): Psychopatologia. Zysk i S-ka, Poznań 1995: 64.
- Bujny J: Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem. C.H. Beck, Warszawa 2007: 20.
- Dąbrowski S: Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowego postępowania. In: Siwiak-Kobayashi M, Leder S (eds.): Psychiatria i etyka. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1995: 58–59.
- Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. 1993 nr 61, poz. 284).
- Gałecki P, Babińska K, Eichstaedt K: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. LexisNexis, Warszawa 2013: 122.
- Grochowski L: Początki nauczania dzieci upośledzonych i zorganizowanej opieki nad moralnie zaniedbanymi. In: Mauersberg S (ed.): Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej. PWN, Warszawa 1990: 48.
- Janusz B, Bobrzyński J, Furgał M *et al.*: O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii. *Psychiatr Pol* 2010; 44: 5–11.
- Kęskrawiec M, Kelpiński J: Sześć tygodni w piekle. *Newsweek* 2006; 18: 96–98.
- Kmieciak B: Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 3 grudnia 2010 roku – analiza socjologiczno-prawna. *Psychiatr Psychol Klin* 2011; 11: 31–36.

- Kmieciak B: Trudna obrona praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. *Puls Medycyny* 2015; 13: 22–23.
- Kmieciak B, Gmitrowicz A: Godność dziecka w szpitalu psychiatrycznym. *Psychiatr Psychol Klin* 2012; 12: 273–282.
- Kmieciak B, Osiński R: Nie (z)łam się. Fundacja Wsparcia Psychospołecznego, Łódź 2014: 2, 7, 8.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012 poz. 1169).
- Kupś I, Pełka-Wysiecka J, Samochowiec J: Przymus bezpośredni – realizacja założeń Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim. *Psychiatria* 2007; 3: 87–96.
- Langiewicz W, Pasiorowska M: Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych. *Post Psychiatr Neurol* 2008; 17: 127–133.
- Leśniewska K, Puchała E, Zaremba L: Specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży. Praca zespołu nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem w przedszkolach, szkołach i placówkach. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2013: 13, 17.
- Maciorek U: Pedagogika specjalna. Szczecińska Szkoła Wyższa Collegium Balticum, Szczecin 2011: 9.
- Markiewicz R: Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. *Curr Probl Psychiatry* 2012; 13: 93–97.
- Namysłowska I: Dziecko z zaburzeniami psychotycznymi w szkole. *Ośrodek Rozwoju Edukacji*, Warszawa 2010: 4, 22, 24.
- Pieniążek A, Stefaniuk M: Socjologia prawa: zarys wykładu. Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2003: 135.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2015 poz. 1113).
- Sękowska Z: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2001: 10–11.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88, poz. 553).
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 1991 nr 95, poz. 425).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
- Wawelski P: Władza nad Psyche. O wrażliwości etycznej w psychiatrii – rozmowa z prof. Januszem Heitzmanem. *Niezbędnik inteligenta – Bioetyka: spory na życie i śmierć (Polityka)* 2015; 3: 53.
- Witkowska-Ulatowska H: Opis przypadku pacjentki z rozpoznaniem autyzmu wczesnodziecięcego – 12-letnia katamneza. *Post Psychiatr Neurol* 1999; 8: 205–211.